

Stomisektionens 2:a nationella kongress i Stockholm 14 april-16 april 2005

Så var det äntligen dags! Kongressen på Södersjukhuset i Stockholm skulle än en gång husera en massa stomiterapeuter och stomi-intresserade sjuksköterskor. Under tre dagar skulle ämnet "Stomikomplikationer" stötas, blötas och belysas från alla håll!

Torsdagen inleddes med ett välkomnande från Stomisektionens styrelse som ställt upp mangrant.

Därefter talade Ina Berdtsson från Göteborg om en undersökning hon gjort för att söka efter det som redan fanns skrivet om stomikomplikationer.

Hon hade sökt både på "The Cochran Library" och "PubMed" och hade inte funnit så väldigt många artiklar som behandlade ämnet. Siffror hon fått fram var att komplikationer förekom i 18-55 % och gav då hudskada. Parastomalt bräck fanns hos 20-37 % av stomierna, prolaps hos 20-25 % och stenosis hos 2-10 % av de stomiopererade.

Stomikomplikationer gör att det kan vara svårare att bandagera stomin och att patienten blir beroende av andra som lägger om stomin. Det är därför viktigt att förebygga komplikationer. Ina avslutade sitt anförande med en tänkvärd devis: "Det är konstigt vad mycket man måste veta innan man förstår vad lite man vet!"

Silva Flemark delgav kunskap om stomirelaterade hudskador

Nästa talande var Silva Flemark från Ängelholm som delgav oss sin kunskap om stomirelaterade hudskador. Hon hade tagit reda på att det fanns mer än 2 000 dokumenterade hudproblem och 20 % var av den enklare varianten och lätta att känna igen. Hudirritationer på grund av läckage var vanligast medan rena allergier var mycket sällsynt. Det viktigaste för att förhindra dessa hudproblem är att se till att patienterna har ett väl fungerande bandage och att det håller tätt.

Granulom är en benign tumör som kan sitta på själva stomin eller på huden i kanten mot stomin och de hittas i 8 % av fallen. De behandlas enbart om de ställer till problem med bandageringen. Man kan få bort dem med ex. tryck från konvexa bandage (håller tätt?), genom att använda silvernitratt eller diatermi.

En orsak till hudproblem kan vara irritation eller tryck av kläder, bälte, konvexitet eller frekventa förbandsbyten. Behandlingen är att kartlägga orsaken och undvika den och bruka relevant sårvård. Silva talade om att hon vid något tillfälle använt Hydroframe att sätta under ett vanligt bandage för att få ordentlig vidhäftning. När det gäller patienter med tryckskador efter konvexa påsar och plattor ska man tänka på att följa upp dessa patienter ofta, kanske 2-4 ggr/år, för att förhindra att någon djupare skada uppstår.

Bilder på pyoderma, sårinfektioner, svampangrepp

Elisabeth Hansson och Birgit Einarsson från Växjö visade bilder på olika stomikomplikationer som de haft på sjukhuset under de senaste sex månaderna. Det var bl.a. pyoderma gangränosum, sårinfektion och olika svampangrepp.

Sprida kunskap om stomiproblem via intranätet

Elisabeth Aveborn från Örebro talade om hur hon hade gjort ett genomtänkt försök att sprida kunskap om stomiproblem till all personal vid Landstinget via intranätet. Där har hon lagt ut en sårvårdsbok där man kan hämta kunskap om olika sårdiagnoser, metoder som påverkar sårhelningen, olika sårvårdsmaterial och ett bildspel med olika stomiproblem och lösningar.

Paneldiskussion

Vid paneldiskussionen kom bl.a. användandet av stavar under dubbelpipiga stomier upp. Det visar sig att man mer och mer går ifrån att lägga stavar rutinmässigt. Ungefär hälften av stomiterapeuterna på kongressen säger att man inte använder stavar längre.

Efter föreläsningarna hade Stomisektionen ett intressant Årsmöte. Protokoll från detta kommer att finnas på annan plats på StomaNet.

Fredagen inleddes med att kirurgen Jan-Erik Åkerlund föreläste om "Bräck ur kirurgisk synvinkel".

Diagnosen ställs genom klinisk diagnos, CT eller ultraljud. En del bråck visar sig vara "falska" och kräver ingen åtgärd. Det är vanligare än man tror att stomipatienterna får bråck. Åkerlund diskuterade även huruvida man ska lägga ett nät på alla stomier i förebyggande syfte eller låta bli.

Han varnade för att man kunde få andra komplikationer på lång sikt om nätet äter sig in i vävnaderna om man lägger nät rutinmässigt. På en del sjukhus opererar man redan på det sättet och framtiden får utvisa om det blir sena komplikationer.

Diagnosen ställs genom klinisk diagnos, CT eller ultraljud. En del bråck visar sig vara "falska" och kräver ingen åtgärd. Det är vanligare än man tror att stomipatienterna får bråck. Åkerlund diskuterade även huruvida man ska lägga ett nät på alla stomier i förebyggande syfte eller låta bli. Han varnade för att man kunde få andra komplikationer på lång sikt om nätet äter sig in i vävnaderna om man lägger nät rutinmässigt. På en del sjukhus opererar man redan på det sättet och framtiden får utvisa om det blir sena komplikationer.

Behandlingen när man har en patient med bråck kan vara konservativ med bråckgördel vilket vi vet inte fungerar så bra alla gånger, 30 % får opereras i alla fall. Då måste man operera lokalt antingen utan (>50 % får recidiv) eller med nät (beroende på op-metod kan det fungera bra eller mindre bra). En annan metod är att flytta stomin (35 % recidiv). Sammanfattningsvis kan sägas att man bör flytta stomin eller operera med nät för att få ett bra resultat. Oavsett vilken metod man väljer så får ca 50 % någon sorts komplikation. Därför kan det ibland vara bättre att behandla konservativ behandling som inte har några komplikationer alls!

Parastomalt bråck - finns det behandling?

Ragnhild Wesslund, Eksjö och Lena Toft, Helsingborg redogjorde för sin studie de utförde vid stomiterapeututbildningen. Ämnet var "Parastomalt bråck – finns det behandling?" De redogjorde för ett patientfall där bråck konstaterades när inte irrigationen fungerade. De tittade på olika artiklar och fann att recidivrisken var stor (38 %) oavsett vilken operationsmetod som användes och att komplikationsrisken efter bråckoperationer var ännu större (65 %). Stomiterapeutens behandlingsåtgärd är av konservativ art och om bråckgördel inte räcker får en kirurg rådfrågas.

Preoperativ stomimarkering

Helen Sandström, Växjö och Helen Sjöwie, Lund redovisade sitt arbete från stomiterapeututbildningen angående "Preoperativ stomimarkering - ett sätt att förhindra postoperativa komplikationer?" Det var en litteraturstudie av två artiklar där den ena artikeln visade att det var ett signifikant större antal tidiga komplikationer hos patienter som preoperativt inte hade stomimarkerats. När det gällde sena komplikationer kunde inte en signifikant skillnad påvisas. I den andra artikeln visades att det inte var någon signifikant skillnad mellan gruppen som inte stomimarkerats och den som hade det. Sammanfattningsvis visar Helens och Helens studie att det är många faktorer som spelar in när det gäller stomirelaterade komplikationer och att de båda artiklarna i studien kommit till olika slutsatser.

Silvernitrattbehandling

Jeanette Fingren, Göteborg och Elsie Persson Göteborg var nästa par att redovisa sitt examensarbete. Det handlade om "Är silvernitrattbehandling evidensbaserad behandling". De berättade att granulom (=kornsvulst, efter granul=litet korn) på stomin och/eller i gränsen mellan stomi och hud ofta behandlas med silvernitratt (lapis) och ville undersöka om det fanns något i litteraturen som kunde belysa ämnet. De fann inga artiklar som talade om behandling av granulom vid stomier men det fanns artiklar om vårtbehandling med lapis. Calum Lyon rekommenderar att hellre använda cryoterapi eller laserbehandling på granulom som är stomirelaterade. Det framkom att felaktigt använd silvernitrattbehandling kan ge upphov till skador och man bör skydda omliggande hud med ex. vit paraffin.

Statistikföretaget IMS

Nästa talande var Ulla Sandringham från statistikföretaget IMS. Det är ett företag som delgivit statistik och trender under en 20-års period till sina kunder. Nu pågår en studie i Sverige sen ett antal år tillbaka där siffror från 22-23 olika personer som lämnar uppgifter om sina stomipatienters användande av olika stomibandage. En diskussion uppkom om det var förenligt med god "stomiterapeut-sed" att delta i denna studie men inget definitivt avståndstagande togs.

Informationssökare/informationsundvikare

Lena Marie Pettersson delgav oss sedan sin bild på "Informationssökare/informationsundvikare". Denna undersökning ska så småningom finnas att läsa på nätet. Först talade hon om varför det är så viktigt att våra patienter är nöjda med informationen vi ger. Det är för att om man *inte* är nöjd så får man en patient som visar dålig följsamhet, söker många vårdgivare, söker egna lösningar, är allmänt nedstämda och mår psykiskt dåligt. Lena Marie berättade att det finns två olika personligheter och att man relaterar sin copingstil till informationen. Den ena personligheten är en informationssökare (monitor) och den andra är en informationsundvikare (blunter). Generellt kan sägas att patienten mår bättre om man anpassar informationen till deras copingstil.

Tömningsproblem vid analatresi

Maria Öjmyr var nästa talare och hon belyste ämnet "Tömningsproblem vid analatresi". Det föds idag ett barn med analatresi på 4-5000 barn födda barn. Det är något vanligare hos pojkar och man finner ofta andra medfödda missbildningar hos dessa barn. Den svåraste analatresin är den där det fattas mycket av analkanalen (hög atresi) medan en låg atresi kan enbart ha ett membran som stänger av analkanalen. Barn med atresi får oftast en stomi inom de första 48 timmarna efter födseln. Senare försöker man göra en rekonstruktion av anus i en ytterligare operation och stomin behålls några månader till. Tiden fram tills stomin läggs ner används till att vidga analkanalen till lämplig vidd med Hegarstift.

Man ser ofta funktionsstörningar efter en opererad analatresi. Det kan bl.a. vara dålig sfincterfunktion, nedsatt anorektal känslighet, avföringsproblem och obstipation. Behandling av detta är ex. mekanisk tarmtömning, biofeedbackträning eller kontinensbevarande operation där man anlägger en kutan fistel in i colon och tömmer via sköljning. En uppföljning som gjordes av barn med hög analatresi visade att barnen klarade sig bra trots att det fanns problem.

VAC-behandling

Karin Blomberg, Lund och Anne Lie Kvist delgav oss sina erfarenheter om omläggning av en öppen buk med VAC-terapi. Patienten var en kvinna som fick en anastomosruptur efter en ileusoperation pga sigmoideumcancer och av operationstekniska skäl lämnades buken öppen att läka sekundärt. Karin och Anne-Lie visade bilder på hur omläggningen gjordes och hur buken läkte ihop på sju veckor. VAC-apparat kan hyras hos ex. HCI för 600 kr/d.

StomaNet

StomaNet redaktionsråd redogjorde sen för StomaNet (www.StomaNet.se). Det är en webbsida där Coloplast sköter underhållet medan all information som finns där "ägs" av Stomisektionen. Coloplast har alltså inget med innehållet att göra. Det finns ett redaktionsråd bestående av stomiterapeuter som bestämmer vad som ska publiceras på sidan. Under "Diskussionsforum" kan vem som helst ställa frågor och förhoppningsvis få svar från många stomiintresserade i Sverige och under ex. "Kollegor" kan du hitta namn mm på dina kollegor.

Detta var slutet på den vetenskapliga delen av fredagen och nu väntade en festkväll på restaurang Amiralen. Kvällen gick i italienskt tema och vi fick påhälsning av både Elvis och Tom Jones! Efter dansen gick man hem med både smakupplevelser och motion i kroppen!

Lördag. Trots den sena timman (eller tidiga?) föregående kväll var vi samlade i tid för att höra Inger Nygren, Västerås berätta på det spännande temat "**Fettsugning vid stomiläckage: alternativ till stomirevision**". Hon har tillsammans med Peter Gustafsson gjort en undersökning där 13 patienter fick genomgå fettsugning i stället för en operativ stomirevision. Gemensam orsak till läckageproblem har varit fettvalkar, generell adipositas eller ärrbildning med fettvalk där stomin blivit indragen och svårbandagerad. Fettsugningen tog mellan 35-100 min och då sugts 1-2 liter fett ut. Efteråt får patienten bära en korsett, dag som natt, i 8 veckor för att förhindra serom.

Uppföljning visade att patienterna som genomgått ett lindrigt ingrepp med kort vårdtid fick en utmärkt fungerande stomi. Kostnaderna blev också lägre från c:a 22 000 kr för en "vanlig" stomirevision till c:a 7 000 kr för en fettsugning. Inger tycker att ett övervägande borde göras att rekommendera fettsugning om man har patienter med dessa problem. Det bör då utföras av en van plastikkirurg. För mer information kan man kontakta peter.u.gustafsson@dll.se

Uppföljning av colorectalcancerpatienter på sjuksköterskemottagning

Nästa talare var Anneli Nordin, Sundsvall. Hon redogjorde för "Uppföljning av colorectalcancerpatienter på sjuksköterskemottagning". I Sundsvall opereras > 100 personer för colorectalcancer/år. Nu följs de upp på en sjuksköterskemottagning, dit de kommer på en speciell remiss. På remissen ska operationsdatum, tumörläge, Dukes status och uppgift om när uppföljningen ska avslutas anges.

Var 6:e månad i tre år kommer patienten till sjuksköterskan och då tas prover Hb, kreatinin och CEA samt lungrtg och CT-lever. Vid positivt fynd kontaktas ansvarig kirurg och man gör ett ställningstagande till vidare behandling vid en speciell rond med colorectalkirurger och onkologer. Ev. kompletteras med en MRT och så utförs en operation och/eller cytostatikabehandling. C:a 70 % av recidiven upptäcks i uppföljningen och c:a 10 st operationer utförs där metastaser tas bort. Anneli avslutar med att denna systematiska uppföljning är enkel och kostnadseffektiv, patienterna är nöjda och man ökar överlevnaden.

Stomirelaterade komplikationer

Eva Persson redogjorde för en undersökning man utfört i Göteborg angående "Stomirelaterade komplikationer". Man ville titta på vilka komplikationer som uppkommer och i vilken frekvens och av vilka orsaker. I undersökningen ingick ett stort antal patienter (108 st) och de följdes upp postoperativt, efter två veckor och efter tre månader. Det visade sig att postoperativt var nekroser vanligast (16 st), efter två veckor var hudproblem vanligast (42 st) och samma sak efter tre månader (18 st). Undersökningen visade att komplikationer var vanligt förekommande. Stomirelaterade komplikationer orsakar stort lidande för patienterna och är en stor kostnad för samhället och rutinerna för uppföljning av patienterna bör ses över.

Svårbandagerad stomi pga prolaps eller bråck

Som avslutning av det vetenskapliga programmet var undertecknad (Ewa Törnblom) sist ut. Jag visade bilder som tagits på min mottagning på lasarettet i Ljungby och det kom att bli en sammanfattning av det vi alla talat om under kongressen, nämligen komplikationer hos stomiopererade. Det gäller ju att vi stomiterapeuter känner igen ex. en patient med psoriasis eller vad som händer när en nekrotisk stomi har rensat upp sig, eller när en tillsynes helt "OK" stomi plötsligt blir svårbandagerad pga prolaps och bråck.

Vi tackar alla i Stomisektionens styrelse för deras enorma arbete att få denna utmärkta kongress så givande och intressant. Speciellt uppskattar jag att man håller sig till ett tema som belyses på många olika sätt och med jordnära och upplysande fakta.

Även företagen ska tackas för sina trevliga montrar med gammalt och nytt, och innovationer som: "forma den bästa figuren i hudskyddsmedel"!

Jag tackar förstås allra mest Stomisektionens styrelse för att jag blev utsedd till Årets Stipendiat och fick möjlighet att vara med vid denna kongress.

Ewa Törnblom
Stomiterapeut
Ljungby Lasarettet
ewa.tornblom@ltkronoberg.se